

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Ana Yin Yin Mao

**CUIDADO FARMACOLÓGICO PARA IDOSOS EM POLIMEDICAÇÃO DA
ESF MATO GROSSO**

Porto Alegre - RS
2016

Ana Yin Yin Mao

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão
do Curso de Especialização em Saúde
da Família sob orientação do Professor
Rodolfo Souza da Silva.

Porto Alegre -RS

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	10
4 VISITA DOMICILIAR.....	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Ana Yin Yin Mao, natural de São Paulo, médica formada pela Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais. Iniciei a graduação em 2008, concluindo em 2015. Desenvolvi um ano letivo complementar na Washington University in Saint Louis, Missouri e 3 meses de pesquisa no departamento de Dermatologia da Columbia University, New York pelo programa Ciência sem Fronteiras nos Estados Unidos. Realizei internatos acadêmicos de clínica e cirurgia no Hospital Nossa Senhora das Dores, Ponte Nova; Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Márcio Cunha, Ipatinga; Pediatria no Hospital das Clínicas, Hospital João XXIII, Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte; Urgência e Emergência no Hospital João XXIII, Belo Horizonte e Internato Rural em Ouro Branco. Realizei estágio acadêmico extracurricular em Pronto Atendimento do Hospital Nossa Senhora das Dores em Ponte Nova. Atuei profissionalmente como médica generalista na clínica Center Médico em Belo Horizonte. Realizei o curso ACLS - Advanced Cardiac Life Support da American Heart Association e possuo artigo publicado na revista européia European Archives of Otorhinolaryngology.

Atualmente, estou atuando pelo PROVAB, desde maio de 2016 na Estratégia de Saúde da Família Mato Grosso, localizada em avenida Moab Caldas, 400, no Bairro Santa Tereza do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pertencente à gerência Glória/Cruzeiro/Cristal. A unidade de saúde abrange os territórios dos bairros Teresópolis e Cristal. Desde 2014 a unidade encontra-se fora de sua área devido à violência e falta de estrutura local. Situa-se desde então dentro do complexo do Posto da Cruzeiro do Sul, onde funcionam mais duas unidades de saúde, o Pronto Atendimento e serviços como o Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids (SAE), Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), Farmácia Distrital e Centro Municipal de reabilitação (fisioterapia). A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 3 agentes comunitárias de saúde. Não possui equipe de odontologia, porém possui como referência do serviço a Unidade Básica de Saúde Cristal, localizada na rua Cruzeiro do Sul, 2702 - Santa Tereza. Não possui NASF, o

apoio em saúde mental é realizado através de matriciamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, localizado na Rua Jaguari, 918.

A população atendida é de aproximadamente 3.600 pessoas. Oferece atendimento em clínica médica, pré-natal, pediatria, saúde do idoso, dentre outros e ações em promoção e prevenção em saúde. Possui como patologias mais prevalentes da população: hipertensão arterial, diabetes mellitus, afecções respiratórias e da saúde mental.

O Projeto de Intervenção (PI) na UBS foi sobre polimedicação no idoso, intitulado “Caixinha de cuidado medicamentoso para idosos em polimedicação da ESF Mato Grosso” (APÊNDICE I).

O grupo populacional que mais cresce em Porto Alegre é o dos idosos. A cidade teve, entre os anos 2000 e 2010 um acréscimo de 32% de pessoas com mais de 60 anos, figurando entre as capitais brasileiras que apresentam o maior percentual de idosos. No contexto da unidade de saúde, essa realidade é igualmente evidente, sendo que a saúde do idoso faz parte do cotidiano da equipe. O fenômeno de envelhecimento associado ao aumento de doenças crônico-degenerativas e de comorbidades, além de fatores socioeconômicos e da crescente expansão de patologias da saúde mental contribuem para o aumento do uso de medicamentos. A polimedicação é conceituada como o uso de vários medicamentos concomitantemente, esse problema tem sido desenvolvido principalmente na população idosa, na medida em que estes pacientes apresentam maior número de patologias. Porém, percebemos também que esse grupo possui baixa adesão medicamentosa principalmente devido à dificuldade de entender ou lembrar o regime posológico. Baseada na identificação desse problema em nossa comunidade, a equipe propõe uma intervenção de baixo custo para facilitar a compreensão e a correta administração dos medicamentos prescritos a esse grupo de usuários.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

S: M.J.F, 64 anos, residente de Porto Alegre, comparece à consulta agendada do dia 17/10/2016 para renovação de suas receitas. Aposentada, analfabeta, divide a moradia com sua filha, seu genro, com o qual possui relação conflituosa e seus 3 netos. Seu marido faleceu há 9 meses, a paciente relata que desde então encontra-se triste e desanimada e não vem cuidando de sua própria saúde.

Portadora de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Possui prescrição de Enalapril 20mg/dia, Anlodipino 5mg/dia, Hidroclorotiazida 25 mg/dia e Sinvastatina 20mg/dia.

Se mostra confusa em relação às suas medicações, não sabe relatar ativamente todos os medicamentos, doses e horários. Refere que ainda possui alguns medicamentos, porém outros já acabaram. Confessa que às vezes se esquece de tomar as medicações ou certas doses, principalmente as noturnas.

Relata episódios ocasionais de cefaléia e tontura, com melhora ao repouso.

Refere também diminuição de acuidade visual e visão 'borrada' em ambos os olhos. Não se recorda quando foi seu último exame oftalmológico.

Quando questionada sobre seus hábitos de vida, revela que sua alimentação consiste predominantemente em carboidratos, poucas frutas e hortaliças e é sedentária.

HF: Mãe com HAS e DM2;

Pai faleceu aos 69 anos devido a IAM.

O: BEG, orientada no tempo e no espaço

Peso=68kg Altura=1,57m IMC=27,6

PA=150x110

FR= 16irpm, MVF

FC= 64bpm, 2BNRNF

A: HAS;

Dislipidemia;

Sobrepeso;

Má adesão medicamentosa;
Sedentarismo e maus hábitos alimentares.

P: Solicito exames laboratoriais;
Solicito eletrocardiograma (ECG);
Renovo medicações;
Oriento sobre as patologias e a importância do uso adequado das medicações;
Reforço esquema terapêutico e promovo o autocuidado;
Orientações alimentares, encaminhamento para acompanhamento com nutricionista;
Incentivo realização de atividade física regular 150min, divididos em 3 dias na semana (conforme recomendações do Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica - CAB N° 37, 2013);
Solicito controle de PA na ESF;
Encaminhamento para revisão oftalmológica;
Agendo consulta de retorno.

2.1 EVOLUÇÃO - (21/11/16)

Paciente comparece à consulta agendada de retorno para mostrar resultado dos exames solicitados. Paciente relata que começou a tomar as medicações de modo adequado, conforme explicado em consulta anterior. Porém, refere não ter iniciado a dieta da nutricionista nem a prática de atividade física proposta.

Labs (29/08) : GJ=88 mg/dL Colesterol Total=190mg/dL HDL=37 mg/dL LDL=119mg/dL Triglicérides=170 mg/dL Ur=33 mg/dL Cr=0,8mg/dL K=4mEq/L EQU sem alterações
ECG= ritmo sinusal, FC=60bpm AIRV (alterações inespecíficas de repolarização ventricular)

Cálculo do score de Framingham= 19,11% - moderado

P= 68kg

Controle PA

24/10 150x100

31/10 140x90

7/11 140x80

14/11 130x80

21/11 140x90

Parabenizo e reforço a importância de continuar o uso adequado das medicações

Incentivo a adotar as mudanças de estilo de vida (MEVs)

Marcar nova revisão em 3 meses

2.2 EVOLUÇÃO - (20/02/2017)

Ao retorno, paciente traz controle de pressão arterial. Mostra-se mais comunicativa e interessada na consulta, refere melhora do bem estar geral. Relata estar em uso adequado das medicações e ter iniciado as MEVs, seguindo a dieta da nutricionista e realizando caminhada 3x na semana.

Parabenizo a paciente e explico que foram atingidas as metas de controle da hipertensão, mas que os cuidados devem ser mantidos, pois se trata de doença crônica.

Proponho à paciente agendar consultas de acompanhamento semestrais (como recomendado pela classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham, descrito no CAB N° 37, 2013)

Aproveito a consulta ainda para revisar a data da última mamografia e do exame preventivo de Câncer de colo de útero. Como não se encontram em dia, solicito a mamografia e agendo consulta com a enfermeira para realização do exame citopatológico.

2.3 DISCUSSÃO DO CASO

Paciente idosa, possui patologia crônica em mau controle. Apresenta-se confusa quanto ao uso dos medicamentos e não está tomando de maneira adequada. A idade avançada, problemas de visão, analfabetismo e fatores psicossociais contribuem para o incumprimento do regime terapêutico. Com essa má adesão medicamentosa, fica difícil considerar a necessidade de aumento de dose e/ou troca de medicação, representando

uma barreira à avaliação da adequação terapêutica. Dessa forma, torna-se tão importante quanto à prescrição das medicações, o incentivo ao seu uso adequado. Durante as consultas então, procuro promover o autocuidado da paciente, orientando sobre a patologia e construindo um plano conjunto de cuidados e metas, corresponsabilizando-a na terapêutica. Tento identificar as dificuldades que a paciente encontra para o uso adequado das medicações e reforço o esquema terapêutico segundo doses e horários do dia. Notamos que em consulta de retorno, a paciente já apresenta melhora de níveis pressóricos, sem que tenha ocorrido mudança na prescrição, evidenciando a importância da adesão medicamentosa. Outro ponto importante são as medidas não farmacológicas. Como parte do tratamento da hipertensão, foi reforçado a necessidade de mudança dos hábitos de vida, que também contribuíram para o controle pressórico. Assim, o caso clínico busca evidenciar que é indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. Porém, o que muitas vezes acontece é a falta de vínculo do paciente com a unidade de saúde e a troca constante de médicos, que se tornam barreiras para a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, comprometendo uma boa condução terapêutica.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na unidade de saúde em que atuo, é exorbitante a quantidade de pacientes que fazem uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Esses psicotrópicos, frequentemente fazem parte da lista de medicações contínuas, que muitas vezes já é extensa, principalmente na população polimedicada, como os idosos. Os pacientes, muitas vezes, só comparecem à unidade para solicitar a renovação dessa receita. Os motivos principais para seu uso são os sintomas de ansiedade e distúrbios do sono, condições frequentemente associadas ao sofrimento psíquico decorrentes de questões familiares, existenciais, financeiras, de trabalho e de saúde. Em nossa comunidade observamos também grande associação desses sintomas à grande estatística da situação de violência e o tráfico de drogas na comunidade, que têm feito muitas vítimas direta e indiretamente, de maneira física, mas também psíquica.

Baseado na identificação dessa realidade, busca-se promover dentre esse grupo de pacientes, um manejo adequado de tais patologias da saúde mental. A equipe empenha esforços na tentativa de estabelecer o vínculo desse paciente com a unidade.

No ambiente de consulta, explora-se a escuta atenta, a empatia, a confiança e uma boa relação médico-paciente. Busca-se então, após avaliação e contextualização do paciente, elaborar um plano terapêutico individualizado com a abordagem do paciente como um todo (integralidade do cuidado).

Casos mais complexos e de difícil manejo, podem ser discutidos com a equipe de saúde mental do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), através de matriciamento. São agendadas mensalmente reuniões com o psiquiatra e a psicóloga para discussão de casos na unidade, localizada na Rua Jaguari, 918. Os profissionais da saúde mental analisam o caso e orientam então a melhor conduta. Caso vejam necessidade, consultas no serviço podem ser agendadas para melhor manejo e acompanhamento.

Para uma abordagem não farmacológica, o CAPS também oferece um grupo de convivência aberto aos usuários das comunidades da área de abrangência do serviço, em toda primeira sexta-feira do mês. Sob condução dos profissionais, os pacientes são convidados a compartilhar suas situações, ouvir, participar de atividades com a intenção de trabalhar suas emoções, suas preocupações e fortalecer vínculos entre os

usuários e o serviço de saúde e os seus vínculos pessoais.

Como relatado no Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental: “Na Atenção Básica, no contexto da prescrição medicamentosa para transtornos depressivos/ansiosos, é preciso compreender que seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. É a partir do momento em que o usuário compreende e se responsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz. Para o profissional, diante de alguém em sofrimento, é importante considerar a perigosa ideia de que o remédio possa representar uma solução rápida, uma resposta para uma angústia que sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema. É importante considerar os sintomas apresentados, e o contexto familiar, laboral ou interpessoal, definindo um ou alguns problemas-alvo para a medicação e também fazendo caber a prescrição dentro de um projeto terapêutico que contemple outras intervenções. Assim, atenção e cuidado na prescrição inicial destas medicações (sobretudo os benzodiazepínicos) são essenciais para evitar abuso”.

Sabemos que o uso prolongado dos BZDs podem causar efeitos colaterais leves como sonolência diurna, e mais graves como perda da memória e da função cognitiva e desequilíbrio. Podem também causar dependência, que se caracteriza por uma série de sintomas e sinais desagradáveis após a suspensão abrupta do seu uso.

Dessa forma, na abordagem acerca do uso dos benzodiazepínicos, sempre são ofertados aos pacientes informações acerca de seus benefícios, malefícios e a importância de se realizar um acompanhamento médico, com a tentativa de se evitar o seu uso crônico e abusivo, ou se for o caso, realizar sua desprescrição através de retirada gradual e consideração de alternativas terapêuticas.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia, o melhor método para tratamento da Síndrome de Dependência de BZDs é a retirada gradual, que deve ser feita por meio de um processo firme e empático, sendo recomendável que se estabeleça um cronograma de retirada, com informações por escrito. Este cronograma deve respeitar o tempo de uso, comorbidades psiquiátricas e a motivação do paciente. Geralmente a retirada da primeira metade da droga é mais fácil que a retirada da porção final. Assim, em média, é possível retirar os 50% iniciais

em um intervalo de 15 a 30 dias, realizando a retirada dos 50% finais de modo mais paulatino.

4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar (VD) é um importante instrumento de atenção à saúde que possibilita maior integralidade na assistência ao paciente. Objetiva fortalecer os vínculos do usuário com a unidade, da terapêutica e do profissional, assim como incrementar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças e agravos. Permite conhecimento da realidade de vida da população e a compreensão de aspectos da dinâmica das relações familiares, condições socioeconômicas, culturais e de moradia. Dessa forma, torna possível a construção de genogramas e ecomapas, a adequação de estratégias de saúde à realidade e necessidade do indivíduo e da comunidade, a identificação de fatores de risco e uma intervenção precoce, controle de doenças transmissíveis, longitudinalidade do cuidado, promoção da autonomia e autocuidado do indivíduo e de sua família. É também de grande importância na atenção aos pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. Para alcançar seus objetivos é fundamental que a VD seja previamente planejada, com objetivos delineados pela equipe de saúde e disponibilizados os devidos recursos.

Na unidade de saúde em que atuo (ESF Mato Grosso), as visitas domiciliares são realizadas alternando-se visitas de enfermagem e médicas em intervalos de quinze em quinze dias. Todos os membros da equipe empenham esforços para a identificação de pacientes que se beneficiariam com as visitas domiciliares. Os casos então são levados e discutidos nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. Exemplos de pacientes alvos de visita da equipe são os acamados ou com limitação de locomoção como idosos, deficientes ou acidentados, casos de acompanhamento de evolução de doenças agudas ou crônicas, pacientes cujas condições de sua realidade local interfiram em sua terapêutica, usuários de má adesão ao tratamento ou acompanhamento, casos de suspeita de violência ou negligência ou para fins de vigilância epidemiológica e prevenção de agravos. Uma vez decidido o paciente a ser visitado, a equipe planeja questões de logística, materiais e propostas de intervenção e prevenção. Como a unidade não se encontra dentro do território geográfico da

comunidade atendida devido a condições de falta de infraestrutura e violência local, o transporte (carro) para as visitas precisa ser programado junto à gerência quinzenalmente. As agentes comunitárias de saúde (ACS) são responsáveis por entrar em contato com o paciente e os habitantes da casa a ser visitada, avisá-los de data e horário da visita e averiguar a viabilidade de acesso ao local. Uma vez agendada a visita, a equipe organiza os materiais necessários, que podem incluir prontuários, materiais para procedimentos como curativos, verificação de pressão arterial, glicemia, oximetria, medicações, receitas, material educativo, etc. Em geral a visita é realizada por médico ou enfermeiro, acompanhado de um técnico de enfermagem e a ACS correspondente à área do domicílio. Na visita, os profissionais realizam a observação do ambiente e seu contexto, entrevista ao paciente e familiares ou demais moradores da casa, realiza-se então a abordagem clínica, prescritos os cuidados e as orientações pertinentes do caso e de sua família e as intervenções propostas. As visitas são devidamente evoluídas e registrados nos prontuários dos pacientes.

Como exemplo de um caso visitado pela equipe, está a de uma paciente idosa, portadora de doenças crônicas, em uso de polimedicação e com baixa adesão terapêutica. A usuária, hipertensa e diabética possui complicações devido ao mau controle das patologias: amputada em membro superior direito e membro inferior direito, com comprometimento visual e perda de motricidade fina. Além disso mora sozinha, não possuindo cuidador. Ao realizar a visita à paciente, a equipe toma conhecimento das condições de moradia da paciente, que possui um difícil acesso e cômodos pequenos, limitando bastante a locomoção na cadeira de rodas, móveis mal posicionados e quinas que propiciam a expansão das lesões de seu pé diabético, má organização das medicações associada a problemas de memória, fazendo com que não tome as doses corretas e em horários prescritos, armazenamento da insulina na porta da geladeira. Além disso, a paciente, com a perda da motricidade fina e a deficiência física encontra extrema dificuldade em se auto aplicar a insulina e não realiza o controle de hgt. Como propostas de intervenções para melhora do controle clínico e da qualidade de vida da paciente a equipe busca estratégias para adequar a terapêutica à realidade presenciada. A equipe realiza procedimentos como curativo de ferida do pé diabético, medição de PA, HGT, aplicação de insulina, propõe técnica e

treinamento para correta auto-aplicação e uso de glicosímetro, organização das medicações em caixa multicompartimentada segundo doses e horários confeccionada pela própria equipe, armazenamento adequado da insulina, proteção de quinas e redução de fatores de risco de traumas, esclarece dúvidas e fortalece o vínculo da usuária com a unidade.

Dessa forma, a visita domiciliar permite à equipe entender o contexto em que um paciente e sua família se inserem e os mais diversos fatores que podem interferir na sua terapêutica e no controle de seu quadro clínico. Aspectos esses que não são visualizados no ambiente do consultório. A partir desse conhecimento, podem ser realizadas então intervenções e propostas terapêuticas mais condizentes e adaptadas à realidade do usuário, permitindo assim seu cuidado ampliado.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização em Saúde da Família, contribuiu para um melhor entendimento do funcionamento da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde (SUS). O material exposto no eixo I mostra que a saúde coletiva no país é fruto de políticas e estratégias desenvolvidas através de experiências que envolvem os usuários, profissionais e gestores governamentais. O conhecimento dos princípios, objetivos e estratégias da Atenção Básica, ajudam a reconhecer suas conquistas, suas falhas e, mais fundamentalmente, suas respectivas causas. Dessa forma, também instiga a busca de soluções e melhorias do sistema. Como resultado disso, a adoção de estratégias de organização, planejamento de ações, promoção e prevenção foram adicionados à minha rotina profissional e da unidade de saúde em que atuo. Como principais medidas adotadas nesse âmbito, posso citar a organização de agenda profissional, a adoção do modelo SOAP nos prontuários, a promoção de eventos de prevenção e educação em saúde e a participação ativa nas reuniões de equipe.

O conteúdo ofertado pelo curso ampliou não só minhas noções teóricas como também forneceu embasamento para uma melhor prática da medicina. Os Casos Complexos do eixo II, trabalharam as doenças, protocolos de saúde, medicações, medidas comportamentais e atenção multidisciplinar ao paciente, que possibilitou um aperfeiçoamento do meu raciocínio clínico e uma melhoria nas minhas condutas terapêuticas, adequando minhas prescrições, orientações, procedimentos e encaminhamentos segundo protocolos e evidências de estudos atualizados.

Por fim, o curso enfatizou e cumpriu seu objetivo no despertar da humanização do cuidado em saúde, o que muito contribuiu para uma integralidade no atendimento ao paciente. A visão do paciente além de sua doença possibilita uma otimização do cuidado de sua saúde, através da inclusão da abordagem de fatores psicossociais, econômicos, culturais que permitem a adequação das propostas terapêuticas à realidade e viabilidade das condições do paciente. Dessa forma, acredito que o curso de especialização foi de grande valia para minha atuação na atenção básica e mais amplamente, na minha formação profissional e humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 35). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab35.pdf>>. Acesso em: 19 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 13 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

COELHO, F. M.S et al. **Benzodiazepínicos**: uso clínico e perspectivas. Indexado na Lilacs Virtual sob nº: LLXP: S0034-72642006001600002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291>. Acesso em: 9 janeiro 2017.

PALHARES, Hamer; Saad AC; Zilberman M; Poyares D; Marques ACPR; Ribeiro M; Laranjeira RR; Andrada NC. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia,. 30 de outubro de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, i **diretriz brasileira de prevenção cardiovascular**, ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; sociedade brasileira de cardiologia; sociedade brasileira de nefrologia. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., [S.l.], v. 43, n. 4, p. 257-286, ago. 1999.

APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**CAIXA DE CUIDADO MEDICAMENTOSO PARA IDOSOS EM POLIMEDICAÇÃO DA
ESF MATO GROSSO**

Ana Yin Yin Mao
Porto Alegre, 2016

SUMÁRIO

1 Introdução.....	3
2 Objetivos.....	5
3 Revisão de Literatura.....	6
4 Materiais e métodos.....	10
5 Cronograma.....	12
6 Recursos necessários.....	13
7 Resultados esperados.....	14
Referências.....	15

1 INTRODUÇÃO

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, tem uma população estimada de 1.481.019 pessoas, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,865 e uma expectativa de vida de 71,48 anos. O grupo populacional que mais cresce em Porto Alegre é o dos idosos, conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como pessoas com mais de 60 anos. A cidade teve, entre os anos 2000 e 2010 um acréscimo de 32% nesta faixa etária, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Figurando entre as capitais brasileiras que apresentam o maior percentual de idosos.

A polimedicação ou polifarmácia é conceituada como o uso de vários medicamentos concomitantemente, muitos autores utilizam o termo de forma quantitativa, para o uso de 5 medicamentos ou mais dentro de um mesmo período. Esse problema tem sido desenvolvido principalmente na população idosa, na medida em que estes pacientes apresentam maior número de patologias, sendo os alvos mais frequentes da polimedicação.

O fenômeno de envelhecimento, com aumento de doenças crônico-degenerativas e de comorbidades, além de fatores socioeconômicos e da crescente expansão de patologias da saúde mental contribuem para o aumento e problemas da polimedicação na população idosa. Portanto, representam um grupo de maior dificuldade no manejo, compreensão e adesão ao uso adequado da terapia medicamentosa.

A ESF Mato Grosso, localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, atende cerca de 3.240 usuários. Sua equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 3 agentes comunitárias de saúde. Na vivência clínica, a equipe observou grande prevalência de pacientes idosos em polifarmácia. Dentro desse grupo, os profissionais identificam problemas relacionados ao uso dos fármacos. Questões como: não saber especificar quais medicações está em uso, quais as finalidades das medicações, quais os horários de administração, qual a dose e tempo previsto de uso, tornam-se barreiras para uma adequada adesão ao tratamento proposto.

O uso inadequado dos medicamentos, além de impedir uma avaliação condizente da eficácia da terapêutica, pode trazer riscos à saúde do usuário. Consequentes, por exemplo, de efeitos colaterais, superdosagem, duplicidade de medicamentos e interações medicamentosas ou complicações da patologia não tratada de forma efetiva. Podendo resultar em desfechos de pequena complexidade a fatais.

Baseada na identificação desse problema em nossa comunidade, a equipe propõe uma intervenção de baixo custo para facilitar a compreensão e a correta administração dos medicamentos prescritos para esse grupo de usuários. Ela consistirá na confecção de caixas compartimentadas (multidoses), para armazenamento dos comprimidos de acordo com os horários de administração, no intuito de facilitar a organização e evitar esquecimentos. Contribuindo, dessa forma, para uma melhor adesão terapêutica além da autonomia e qualidade de vida individual.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Melhorar a adesão medicamentosa de idosos em polifarmácia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os idosos em polimedicação, sobretudo aqueles que possuem fatores contribuintes para uso inadequado;
- Tomar conhecimento das medicações do paciente e ajustar conforme necessidade para otimização do tratamento;
- Confeccionar caixas para facilitar a organização e administração das medicações;
- Fornecer aos pacientes em polimedicação caixas personalizadas para armazenar os medicamentos de acordo com horários e doses;
- Explicar junto aos pacientes o uso, objetivo e resultados esperados da ação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira vem sendo bastante discutido no que se refere às suas implicações sociais e de saúde pública. Acredita-se que, em 2025, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinja aproximadamente 14% da população mundial. Assim, tem-se observado no Brasil o aumento da expectativa de vida, e isto pode ser notado claramente, pois hoje a população idosa ultrapassa os 15 milhões de brasileiros para uma população total de aproximadamente 170 milhões de habitantes [GALATO D et al, 2010].

A cidade de Porto Alegre destaca-se por ser, entre as capitais brasileiras, a que apresenta o maior percentual de idosos (15,04%), seguida por Rio de Janeiro (14,89%) e Belo Horizonte (12,61). Sendo esse o grupo populacional que mais cresce em Porto Alegre. Em 2010, a população idosa aumentou 32% em relação ao ano de 2000. No mesmo período, a população de Porto Alegre aumentou 3,5%, ou seja, o aumento populacional de idosos foi de 9 vezes o aumento da população total. Em 1991 a população de idosos em Porto Alegre era de 128.379, representando 10,16% da população. Em 2000 a população de idosos passou para 160.541, representando 11,80% e por fim, no ano de 2010 passou para 211.896 pessoas, correspondendo a 15,04% da população total de Porto Alegre (OBSERVOA, 2015).

Os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos. Esse fato ocorre devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária, tais como: doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios no trato gastrointestinal e perturbações psicológicas, entre outras (GALATO D et al, 2010).

A palavra polifarmácia vem do grego polis (muito, vários) e pharmakon (droga, tóxico). Ela foi descrita pela primeira vez em 1959 pelo New England Journal of Medicine. O termo polifarmácia apresenta como sinônimo as palavras polimedicação, polifarmacoterapia, polimedimento, polifármacos e plurimedicação (MARISTELA, 2007).

A polifarmácia apresenta diferentes definições desde a qualitativa até a quantitativa. A definição qualitativa é a prescrição, administração ou uso de mais

medicamentos do que está clinicamente indicado ao paciente, sendo essa a mais utilizada nos Estados Unidos (ROLLASON, 2010). Outros estudos definem polifarmácia em relação ao número de medicamentos consumidos, apresentando uma definição quantitativa, porém com várias classificações. Segundo critério utilizado pelo Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade, foi considerada a existência de polifarmácia quando o paciente consome 5 ou mais medicamentos (SILVA, 2012).

A polimedicação é um termo definido como o uso simultâneo e de forma crônica de múltiplos fármacos. Para designar a cronicidade, alguns autores definem como períodos não inferiores a três meses e outros aceitam o período de uma semana sendo classificada segundo Bjerrum et al. como polimedicação menor, variando entre dois a quatro fármacos, e polimedicação maior, que se trata do uso de cinco ou mais fármacos (GALATO D et al, 2010)

A preocupação com a polimedicação e o uso racional de medicamentos tem sido um tema bastante discutido atualmente, principalmente quando a aplicação é em idosos, pois com o passar dos anos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos. Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização de drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e consequentemente surgindo efeitos adversos mais intensos. Outra preocupação é que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o paciente a fazer o tratamento de maneira incorreta (GALATO D et al, 2010).

A polipatologia, tal como a idade avançada, diminui os benefícios da medicação. Com o passar dos anos, o organismo sofre alterações na fisiologia que afetam a farmacodinâmica e farmacocinética e adquire maior fragilidade e sensibilidade a RAMs (reações adversas medicamentosas). A tudo isto acrescenta-se a confusão que os efeitos do envelhecimento podem provocar ao serem comparados com possíveis sintomas de doença. Aparentemente, os médicos de família, que são os clínicos com uma visão mais global do seu paciente, com capacidade para fazer o acompanhamento adequado, percebem a polimedicação como um fenômeno que cada vez mais é uma realidade, crescendo lenta e progressivamente (TEIXEIRA, 2014).

O médico deve, constantemente, contrabalançar os potenciais benefícios com os potenciais riscos do tratamento. No idoso, devido às suas particularidades, deve haver uma atenção especial no que toca à adição ou interrupção de medicação pois, segundo alguns especialistas, esta deve focar-se num aumento da qualidade de vida e não tanto no prolongamento do tempo de vida. Este é um processo dinâmico, pois requer um acompanhamento ao longo do tempo e revisão periódica, considerando o declínio das funções característico desta população, não só a nível físico, mas também mental e funcional (TEIXEIRA, 2014).

Face ao envelhecimento progressivo da população e à necessidade de medicar o idoso, o médico de família deverá estar atento ao problema que é a polimedicação e aos riscos que esta acarreta. A utilização de estratégias simples permite a sua prevenção ou a correção precoce de erros, facilitando a decisão quanto à terapêutica mais adequada caso a caso (GALVÃO, 2006).

Dentre as causas mais frequentes associadas ao incumprimento terapêutico pelos idosos destaca-se o esquecimento. Neste âmbito, as caixas de medicação semanal desempenham um papel importante na adesão dos medicamentos pois auxiliam o doente no combate às faltas de memória, apesar de possíveis dificuldades por parte do idoso em enchê-las uma vez que esse procedimento obriga ao conhecimento correto do regime terapêutico. Nesse caso, o profissional de saúde pode e deve contribuir para que o paciente evite esses erros, através de uma orientação e treino, o que promove a colocação semanal dos medicamentos nestes sistemas e a sua utilização correta (ABRANTES, 2013).

A gestão de medicamentos pelas pessoas idosas é um processo complexo, que “abrange os processos e sistema de suporte que estão disponíveis para ajudar as pessoas que auto administram a medicação na comunidade para obter o melhor benefício da saúde, dos medicamentos prescritos. Isso ocorre após a medicação ser dispensada. Pode envolver desde o apoio de cuidadores informais, familiares e profissionais de saúde ou de ação social que a pessoa encontra no curso dos seus cuidados (BANNING, 2007). A pessoa idosa para que seja capaz de gerir de forma eficaz o seu regime medicamentosos e consequentemente aumentar a adesão, deve identificar e enumerar o nome dos medicamentos, conhecer a aparência do

medicamento, as ações terapêuticas e os efeitos secundários da medicação, as indicações para uma medicação segura, fazer uso de memorandos, armazenar corretamente os medicamentos e saber administrá-los adequadamente (HENRIQUES, 2011).

O fato é que o uso de medicamentos entre os idosos assume, cada vez mais, inegável importância como estratégia terapêutica para compensar as alterações sofridas com o processo de envelhecimento ou visando controlar doenças crônicas bastante frequentes na terceira idade, mesmo que outras formas de cuidado sejam incorporadas pelas equipes. Nessa medida, a importância do uso racional dos medicamentos, em todas as suas dimensões, tomado como objeto de preocupação das equipes, dos gerentes e dos gestores dos serviços e sistemas de saúde, mesmo porque uma boa assistência farmacêutica, como componente essencial da atenção aos idosos, só poderá ser garantida a partir de uma melhor integração da prática dos vários profissionais e de modos mais solidários e compartilhados de se organizar o cuidado (MARIN, 2008).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção com base em um problema apresentado por um grupo de usuários (idosos em polimedicação) da ESF Mato Grosso de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Em um **primeiro momento**, a equipe busca identificar usuários que preencham os seguintes critérios: idade > 60 anos, uso de 5 ou mais medicamentos, uso inadequado dos medicamentos ou má adesão medicamentosa. Isso poderá ocorrer através da anamnese em consulta médica ou com enfermagem ou através de relatos de outros membros da equipe, como as técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, que tenham conhecimento do quadro ou situação do paciente.

O **segundo momento** consiste na realização de consultas médicas agendadas, acolhimentos ou visitas domiciliares desses pacientes. Como parte dos procedimentos de rotina da consulta, o médico então revisará com o paciente suas patologias, as medicações prescritas e seu uso.

Roteiro básico para anamnese direcionada:

- 1- Quais as atuais patologias conhecidas?
- 2- Quais os medicamentos em uso? Se possível pedir para o paciente trazer o 'saco de medicações'.
- 3- Qual a dose e horário de administração de cada medicamento?
- 4- Faz uso adequado, conforme prescrito?

Após avaliação médica, realizar ajuste das medicações caso necessário, fornecer orientações ao paciente para uso correto (doses, horários, duração do tratamento), certificando compreensão do mesmo. Registrar de modo organizado em prontuário.

Em **terceiro momento**, a equipe se empenhará na confecção de caixas de medicação semanal utilizando como material papelão obtido de caixas sem utilização disponíveis na própria unidade, através de técnica simples (figuras ilustrativas 1 a 3). A princípio serão confeccionados caixas com 21 divisórias, em 7 fileiras horizontais

correspondentes aos dias da semana e 3 fileiras verticais correspondentes aos turnos (manhã, tarde, noite), podendo ser individualizado segundo a posologia de cada paciente beneficiado.

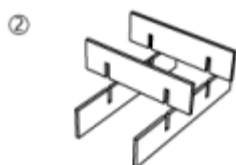
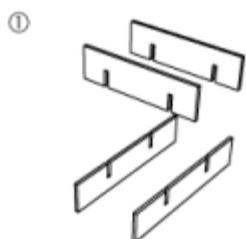


Figura 1

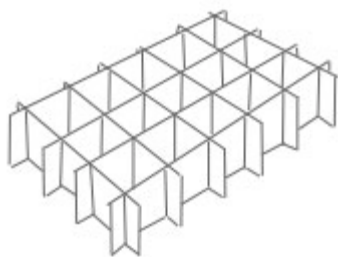


Figura 2



Figura 3

O **quarto momento** acontecerá com a entrega das caixas confeccionadas, acompanhada de orientações do profissional quanto ao uso e reforço do regime terapêutico adequado. Será levado ao paciente também explicações acerca da finalidade da proposta e melhora esperada de sua adesão ao tratamento medicamentoso.

5 CRONOGRAMA

ANO 2017						
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Apresentação da proposta à equipe	X					
Identificação dos pacientes-alvos da ação		X	X			
Consultas médicas e VDs		X	X	X		
Confecção das caixas			X	X		
Entrega das caixas e orientações de uso				X	X	
Avaliação da intervenção pela equipe						X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por:

- 3 Agentes Comunitárias de Saúde
- 2 Técnicas de Enfermagem
- 1 Enfermeira
- 1 Médica

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Prontuários dos pacientes
- Consultório de atendimento
- Transporte para visitas domiciliares
- Papelão
- Tesoura
- Fita adesiva
- Caneta

7 RESULTADOS ESPERADOS

Com a intervenção proposta, a equipe espera conseguir identificar os pacientes com mais de 60 anos em polimedicação e que apresentam uso irregular ou inadequado dos medicamentos. A partir da distribuição das caixas compartimentadas e personalizadas acompanhadas de orientações quanto ao seu uso, deseja-se que esses pacientes reduzam os problemas relacionados à administração das medicações, tais como esquecimentos e confusões de doses e/ou horários. Com a ação, busca-se também, ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia.

Portanto, baseado na identificação de tal problema frequente em nossa unidade, a equipe almeja, de forma geral, a melhoria da adesão farmacológica e otimização do tratamento das patologias de cada indivíduo. Provendo dessa forma, um adequado controle clínico e a diminuição de intercorrências decorrentes de descompensações.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Mário. **Seguimento farmacoterapêutico em idosos polimedicados**, Porto, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria nacional de promoção defesa dos direitos humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2012.

CARVALHO, Maristela. A polifarmácia no município de São Paulo – Estudo SABE – **Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. São Paulo, 2007.

GALATO et al. **Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação**, Ciência & Saúde Coletiva, 2899-2905, 2010.

GALVÃO, Cristina. **O idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição**, Rev Port Clin Geral 22:747-52; 2006.

HENRIQUES, Maria. **Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem**. Lisboa, 2011.

MARIN, Maria et al. **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública vol.24 no.7. Rio de Janeiro, Julho 2008.

OBSERVAPOA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. **População Idosa de Porto Alegre:** Informação Demográfica e Socioeconômica, Porto Alegre, abril de 2015.

OBSERVAPOA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. **População de Idosos:** análise comparativa entre cidades. PROCEMPA. Prefeitura Municipal de Porto Alegre: 2010.

ROSA, Gabriela, CAMARGO, Eliana. **Polimedicação em idosos**, Interciência e Sociedade (ISSN: 2236-0468) – Vol 3, N2, 2014.

SANTOS, Mônica, ALMEIDA, Armando, **Polimedicação no idoso**. Revista de Enfermagem Referência, pp.149-162, III Série - n.º 2 - Dez. 2010.

SILVA, Roberta et al. **Polifarmácia em geriatria**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012.

SOUSA, Salete et al. **Polimedicação em doentes idosos:** adesão à terapêutica, Rev Port Clin Geral 27:176-82, 2011.

TEIXEIRA, José. **Polimedicação no idoso**, artigo de revisão. Coimbra, 2014.